

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

M23-0018985

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2041	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Abdelhak
Nom & Prénom :		BASIRANE	
Date de naissance :		1/1/47	
Adresse :		Mabitelle	
Tél. :		0661230761	Total des frais engagés 3050 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	 <p>Dr. EL ABIDI. Ophtalmologiste Andalous III, résidence jasmin 5. Appt 6- Bouskoura</p>		
Date de consultation :	03/10/2023	Age :	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Lunettes de vue progressif		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	<input type="checkbox"/> Pathologie
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 13/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Parfait état des Actes
03/10/23	CS	+ 250 dh		Ophtalmologiste Andalous III, résidence jasmine 5. Appt 7 - Beuskoura

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

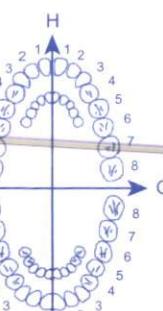
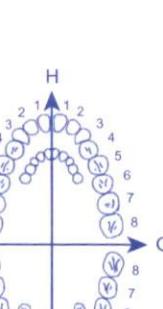
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Optique Général etien Optométriste 18-47, Résidence la - Casablanca	01/10/2015 Ad3					28000

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	Montants des soins
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																

G	00000000	00000000																
B	35533411	11433553																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis														
				Date de l'exécution														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



03/10/2023

Que Mounisif Fatiha

Lunettes pour VL :

(verres + monture)
progressifs

$$\text{ODT} = +2,75 \text{ D}$$

$$\text{OC} = +2,75 \text{ D}$$

$$\text{en VP} = +2,5 \text{ D} (\text{ODC})$$

Optique Général
Opticien Optométriste
"Azhar, GR 52, Résidence
155 N°7 El Oulfa - Casablanca

EL ABIDI I.I.
Andalous III, résidence Jasmins
Ophtalmologiste
Appt 6, Bouskoura

رياض الأندلس III إقامة الياسمين 5 الطابق الثاني شقة رقم 6 - بوسكورة

Riad Andalous III, Résidence Jasmins 5, étage 2, N° 6

(à côté de Carrefour Market) Route 3011, Bouskoura

05 22 59 01 97 / 06 96 30 40 78 - ophtalmobouskoura@gmail.com

OPTIQUE GÉNÉRAL

(Opticien spécialiste)

RS AL AZHAR GR 47 IMM. 155

MAG N° 7 Oulfa - Casablanca

Tél : 06 13 69 07 87



بصريات عامة

البصريات النظارات في اختصاصى

الإمام الأزهري . المجموعة 47 . إقامة 155

الرقم 7 , الألفة , البيضاء

الهاتف: 06 13 69 07 87

FACTURE

Nº 000524

M : MOUNSIF FATHA Casa, le : 04/10/2023

Monture des Verres	Vision de Loin	Vision de Près	Doubles Foyers	Varillux
BRG OR Plex	OD / OG	OD / OG	OD / OG	OD 1530 OG 1200
Monture	Métal	Plastique		
V.L.: OD	+ 2,71		/	8000,-
OG	+ 2,21		/	10000,-
V.P.: OD			/	10000,-
OG				
ADD./.....	+ 2,80			
TOTAL				26000,-

Arrêtée la présente facture à la somme de

~~start in Ab~~ - first Cet

RC:432676

IE · 20782142

Patente · 36200544

ICE · 001941425000034